

UNIVERSITÉ DE PARIS

THÈSE 335

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Octave-Louis-Charles-Célestin CRUTEL

Né à Ancretieville-Saint-Victor (Seine-Inférieure), le 4 décembre 1879

Interne de l'Asile Saint-Yon (Seine-Inférieure)

(Concours de 1907)

LES ÉTATS MÉLANCOLIQUES DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Président : M. le Professeur GILBERT BALLET

PARIS
LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, (VI^e Arr^t). -- PARIS.

(Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)

1911



335

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE PARIS

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Octave-Louis-Charles-Célestin CRUTEL

Né à Ancretieville-Saint-Victor (Seine-Inférieure), le 4 décembre 1879

Interne de l'Asile Saint-Yon (Seine-Inférieure)

(Concours de 1907)



LES ÉTATS

MÉLANCOLIQUES

DANS LA

PARALYSIE GÉNÉRALE

Président : M. le Professeur GILBERT BALLEST

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, (VI^e Ar^t). -- PARIS.

(Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. LANDOUZY
Professeurs..		MM.
Anatomie		NICOLAS
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale.		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.		ACHARD
Pathologie médicale.		WIDAL
Pathologie chirurgicale.		DEJERINE
Anatomie pathologique.		LANNELONGUE
Histologie.. . . .		PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.		HARTMANN
Thérapeutique.		POUCHET
Hygiène.		MARFAN
Médecine légale		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.		CHAUFFARD
		ROGER
Clinique médicale.		{ HAYEM
		{ GILBERT
		{ DEBOVE
		{ LANDOUZY
		{ HUTINEL
Maladies des enfants.		{ GILBERT BALLET
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		{ GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		
Clinique des maladies du système nerveux		
Clinique chirurgicale.		{ PIERRE DELBET
		{ QUENU
		{ RECLUS
		{ SEGOND
Clinique ophtalmologique.		{ DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		{ ALBARRAN
		{ BAR
Clinique d'accouchements		{ PINARD
		{ RIBEMONT-DES-
		{ SAIGNE
Clinique gynécologique.		{ POZZI
Clinique chirurgicale infantile		{ KIRMISSON
Clinique thérapeutique.		{ A. ROBIN

Agrévés en exercices

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECENE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GREGOIRE	LERI.	RETTERER
BROCA ANDRÉ	GUENIOT	LOEPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBE MARCEL	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVAS	NOBECOURT	TIFENEAU
COUVELAIRE	TINE.	OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA SŒUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT BALLE

Professeur de Clinique des Maladies mentales
à la Faculté de Médecine de Paris

Chevalier de la Légion d'Honneur

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX
ET A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN :

Le Docteur BRUNON, le Docteur HALIPRÉ, le Docteur DÉVÉ, le Docteur MARTIN, le Docteur François HUE, le Docteur BATAILLE, le Docteur LONGUET, le Docteur CERNÉ, le Docteur JEANNE.

*
* *

DANS LES ASILES :

Nous adressons nos sentiments de vive reconnaissance au Docteur LALLEMANT, *Directeur de l'Asile Saint-Yon*, pour son extrême amabilité et sa parfaite courtoisie.

Enfin nous sommes heureux d'adresser un hommage public de reconnaissance, au Docteur POCHON, actuellement Directeur de la Colonie familiale de la Seine, à Ainay-le-Château. Nous avons eu l'honneur d'être son interne pendant deux ans. La droiture de son caractère, la culture raffinée de son esprit, sa brillante érudition, nous faisaient aimer son enseignement où la bienveillance s'alliait à une science médicale parfaite, aussi bien physique que mentale. Il est resté pour nous autant un ami qu'un maître, il a bien voulu nous donner quelques conseils pour ce travail.

LES ÉTATS MÉLANCOLIQUES

DANS LA

PARALYSIE GÉNÉRALE

CHAPITRE I

Avant d'étudier la forme *dépressive* de la paralysie générale, il nous paraît intéressant de rappeler brièvement l'histoire de la maladie.

Dès 1778, on trouve des descriptions de paralytiques généraux, mais les auteurs ne voient là aucune entité morbide ; la *démence* des paralytiques, bien observée dans ses formes, n'est pour eux qu'une juxtaposition à une maladie organique : c'est la période dite *dualiste*, période de début, d'observation *symptomatique*.

BAYLE en 1822 et surtout en 1826, dans son *Traité de Maladies du Cerveau*, nous fait arriver à la théorie dite *uniciste* ; en se complétant peu à peu, cette théorie est parvenue jusqu'à nous. Plus tard, tout en restant des unicistes, ROKITANSKY, MAGNAN, MENDEL, WESTPHAL, KVICKTONBRONG, nous font entrer dans une période purement *anatomique*, et cherchent à localiser les lésions.

Enfin, de nos jours, on s'est surtout efforcé de reconnaître l'anatomie pathologique, l'étiologie et la pathogénie de la maladie.

Dans la première période, on trouve trois grand noms Haslam, Esquirol, Georget.

HASLAM, pharmacien à l'hospice de Bedlam, parle ainsi en 1798 : « Les affections paralytiques sont une cause de folie beaucoup plus fréquente qu'on ne le suppose et elles sont aussi un effet très commun de la manie. Les paralytiques offrent ordinairement des lésions de la locomotion, indépendantes de leur folie ; la parole est embarrassée, la bouche déviée, les bras et les jambes sont plus plus ou moins privés de mouvements volontaires et, chez la plupart, la mémoire est notablement affaiblie. Ces sortes de malades n'ont pas en général le sentiment de leur position. Faibles au point de ne pouvoir se tenir debout, ils se disent extrêmement vigoureux et capables des plus grands efforts. Quelque pitié qu'un tel état puisse inspirer à l'observateur, il est heureux pour le patient que son orgueil et ses prétentions soient en raison inverse du malheur qui l'accable. Aucun de ces malades n'a éprouvé d'amélioration dans l'hôpital et d'après mes recherches dans les établissements particuliers où ils ont ensuite été enfermés, il demeure qu'ils sont morts d'apoplexie, ou qu'ils sont tombés dans l'imbécillité ou dans le marasme, par suite d'attaques répétées. »

Comme on le voit, ce pharmacien de l'hospice de Bedlam avait vu des paralytiques généraux ; il les avait

différenciés des autres aliénés, il n'avait pas compris le lien entre leurs troubles paralytiques et leur folie ; il fait de leur folie à la fois la conséquence de leurs troubles paralytiques ce qui est assez exact, et de leur paralysie une conséquence de leur manie, ce qui est faux. Il les a suivis, il a vu leur affaiblissement intellectuel, il a vu aussi que ces sortes de malades ne guérissent pas, et qu'ils meurent, soit complètement déments et dans le marasme, soit après une série d'attaques congestives ; mais il n'a vu, ou plutôt remarqué, que des mégalomaniques, et ne fait aucune mention de paralysies générales à forme dépressive ou mélancolique.

Un peu plus tard, en 1818, ESQUIROL observe chez certains aliénés des troubles de la parole, et quelquefois même des « escarres ». Mais, pour lui, ces troubles de la parole et ces « escarres » ne sont que des complications de la folie, au même titre que le scorbut, que la phtisie pulmonaire et autres maladies incidentes. Quelques années plus tard, GEORGET décrit un peu plus complètement les symptômes physiques de la paralysie générale, qu'il appelle « la paralysie musculaire chronique ». Mais lui non plus ne voit pas le lien entre cette paralysie musculaire chronique et la folie, au point d'en faire une maladie spéciale et unique, et pour lui aussi la paralysie n'est qu'une complication des formes déjà décrites d'aliénation mentale.

BAYLE, en 1823, dans sa thèse de doctorat, non seulement décrit les symptômes physiques et mentaux de la paralysie générale, mais il rattache ces troubles à

une lésion qui est pour lui une *arachnitis chronique*. Il y a donc dès lors une liaison très intime entre la paralysie et la folie, liaison d'autant plus intime qu'elles sont dues à une même cause. Pour Bayle, elles deviennent deux manifestations d'une même maladie, et de ce fait la paralysie générale existe comme entité morbide. Plus tard, d'ailleurs, en 1826, il compléta sa description.

Dès lors, la théorie uniciste de Bayle remplace la théorie dualiste d'Esquirol. Attaquée au début par CALMEIL, elle fut vingt ans plus tard défendue par ce même auteur. PARCHAPPE, LASÈGUE, FALRET viennent tour à tour appuyer de leur autorité et de leurs observations la théorie nouvelle.

Mais Bayle comme ses prédécesseurs n'avait vu les paralytiques généraux et ne les avait surtout reconnus qu'à la période démentielle. BAILLARGER, plus tard, tout en restant uniciste, tout en regardant la paralysie générale comme une entité morbide, eut à observer et décrivit des malades paralytiques mais pas encore déments. Il en vint à cette conception qu'il y a ou peut y avoir deux maladies : *la démence paralytique* d'une part, *la folie paralytique* d'autre part, la première venant souvent comme complication de la deuxième. Ce dualisme plus apparent que réel fut créé uniquement par le fait que Baillarger vit la maladie à deux stades différents. Aujourd'hui que l'on sait que les premiers symptômes de la paralysie générale peuvent se manifester, même sans troubles vraiment paralytiques, dix, quinze ou vingt

ans avant la période d'état, soit par petites poussées délirantes, soit par une suractivité intellectuelle ou physique, soit par une expansivité inaccoutumée et déraisonnable, soit encore par des accès de dépression et de mélancolie plus ou moins fugitifs et plus ou moins suivis de période d'excitation, on n'est plus étonné qu'au moment où ces phénomènes étaient inconnus ils aient fait croire à une autre maladie plus ou moins rattachée à celle de Bayle. Mais ce dualisme lui-même a amené la description scientifique de la maladie avec ses symptômes dans ses différentes périodes et n'a fait que confirmer la conception de Bayle.

La paralysie générale étant créée et admise comme entité morbide, les différents troubles mentaux et moteurs auxquels elle donne lieu ne pouvaient pas suffisamment être expliqués par une arachnitis chronique. On pensa à une *méningite chronique primitive* de nature *inflammatoire*. Cette inflammation méningitique dépendrait de lésions vasculaires dues elles-mêmes à des altérations primitives des ganglions cervicaux du grand sympathique.

Là se placent les noms de MAGNAN, WESTPHAL, MENDEL, KVICKTONBRONG. On découvrit les *lésions de la substance blanche et des ganglions du cerveau*, ce qui fit passer sur celles de la substance grise. Dans la période contemporaine, on fit avec WEIGERT, MARCHI et NIEL des recherches très approfondies d'anatomo-pathologie, si bien que la question reste encore pendante à l'heure actuelle et fort discutée de savoir si, comme l'avait jadis affirmé ROKIKANSKY, les lésions consistent en une

encéphalite interstitielle ou bien si elles ne résultent pas d'une *encéphalite parenchymateuse*, autrement dit, de savoir si la cellule cérébrale est atteinte primitivement, ou si au contraire sa dégénérescence n'est pas due à des lésions vasculaires où à de la sclérose névroglique.

Dans la période contemporaine, on s'est surtout attaché à trouver l'*étiologie* et la *pathogénie* de la maladie. On en a cherché la fréquence comparative chez l'homme et chez la femme, on a cherché les relations de la paralysie générale avec l'*alcoolisme*, avec les *excès vénériens*, avec le *surmenage intellectuel*, avec l'*habitat* et la *façon de vivre*. On a trouvé ainsi que les nègres du Congo ne devenaient jamais paralytiques généraux, tandis que la maladie est au contraire d'une très grande fréquence chez ceux de l'Amérique du Nord ; on a constaté en outre que les Arabes fidèles aux traditions du Coran restent indemnes, tandis qu'ils deviennent facilement les victimes de l'affection dès qu'ils s'en écartent. Mais ce qui domine la scène et ce qui semble être une cause presque exclusive, c'est la *syphilis*. ESSMARK et JESSEN avaient déjà formulé cette doctrine : depuis eux et surtout depuis 1870, les travaux se sont succédé sur cette question. Les recherches de FOURNIER sur la syphilis, surtout sur la syphilis cérébrale, les travaux d'ERB en Allemagne, de RÉGIS en France ont appuyé cette doctrine avec autorité. On l'a étudiée en outre dans ses rapports avec le *tabes*, soit antérieur ou postérieur à cette affection, soit concomitant. Enfin à la syphilis comme cause primordiale, on en a ajouté une

autre qui serait presque aussi essentielle, l'*hérédité nerveuse*. Cette théorie a été soutenue par CHARCOT et combattue dans ces derniers temps par G. BALLET, qui croit la maladie purement et absolument individuelle.

Nous venons de rappeler rapidement l'histoire de la paralysie générale, et les divers stades intermédiaires à la conception que l'on en a aujourd'hui, en tant qu'entité morbide. Il est intéressant pour le sujet qui nous occupe de voir dans cette histoire de la maladie, l'histoire propre de la *forme mélancolique*.

La forme dépressive de la *période prodromique* de la paralysie a été la première observée ; dès 1759 en effet, LIEUTAUD écrivait : « La paralysie est rarement primitive, elle peut être un produit de l'*affection hypochondriaque*. . . La paralysie hypochondriaque ne prive ordinairement que du mouvement. » La forme ambitieuse avec idée de grandeur et de satisfaction n'est signalée qu'en 1798 (page 12) par HASLAM, mais il ne décrit plus de paralysies concomitantes avec un délire hypochondriaque ou mélancolique.

PINEL en 1812 indique les deux états, agitation ou *dépression* comme débuts possibles de la paralysie générale et il écrit : « On voit succéder quelques préludes de paralysie à une agitation maniaque plus ou moins violente ou bien à un *délire taciturne prolongé*. » BAYLE dont nous avons déjà parlé et qui occupe une grande place dans l'histoire de la paralysie générale, ne signale pas le délire mélancolique comme pouvant faire partie de la symptomatologie de la paralysie générale. Il cite

cependant huit observations de *délire mélancolique dans la méningite chronique*, mais il ne regarde pas ce délire comme un symptôme de la maladie et cependant, il admet, dans son traité en 1825, que la *dépression morale* est fréquemment un phénomène *précurseur* de la paralysie générale et il écrit : « D'autres malades perdent la gaieté, deviennent moroses, apathiques, sombres, taciturnes, tristes, rêveurs, incapables de tout travail ; quelques-uns sont dans un état d'hypochondrie, ils ont des craintes sans cesse renaissantes sur leur santé, ils se plaignent d'éprouver toutes sortes de douleurs ; ils consultent d'abord une foule de médecins et ensuite des charlatans et des commères. » Mais il ne parle plus de cet état dans la description qu'il donne de la maladie et pour lui, cette mélancolie est tellement divergente et indépendante de la maladie elle-même, qu'il essaie de lui trouver des causes. Il explique par exemple ainsi l'état hypochondriaque d'un de ces malades en disant : « Cet état d'hypochondrie paraît avoir eu des relations intimes avec l'affection cérébrale dont le malade fut atteint plus tard ; mais en considérant que cet homme avait une gastrite fort ancienne, on ne pourra pas accorder une grande confiance en cette conjecture », et ailleurs il dit nettement : « Les deux accès de mélancolie dont le malade a été atteint à l'époque où il commença à présenter des symptômes de méningite chronique, étaient d'une nature différente de cette dernière maladie. »

CALMEIL, à plusieurs reprises, parle du *délire mélancolique* dans la paralysie. En 1830, DANEAU, dans sa thèse,

signale chez quelques paralytiques une *lypémanie avec tendance au suicide*. PARCHAPPE, en 1838, fait remarquer chez certains paralytiques « une forme *mélancolique* contrastant par l'abattement et la tristesse avec l'outré-cuidance et l'hilarité des autres aliénés. »

ESQUIROL, en 1838, écrit : « J'ai vu la monomanie des grandeurs précédée par des accès de manie, par la *lypémanie* ; la paralysie complique toutes les folies, quelle que soit la forme du délire. »

PARCHAPPE, en 1841, cite 17 observations de *délire mélancolique* pendant la paralysie générale dont six pendant la période prodromique et onze dans la période d'état.

BAILLARGER, dans un article intitulé *Nouvelles considérations sur la paralysie progressive incomplète*, cite le cas d'une malade qui, deux ans auparavant était reine et propriétaire de meubles en or et, plus tard, était dans la plus grande humilité, elle présenta ensuite tous les signes de la mélancolie et plus loin, il dit : « Il existe, dans la science, plusieurs cas de lypémanie avec suicide chez les paralytiques ; les hallucinations se rencontrent aussi quelquefois. »

En 1858, CAZENAVE constate que « bien souvent la *lypémanie* la plus noire, compliquée d'idées de suicide pervertit l'entendement des malades atteints de paralysie générale. »

En 1849, PINEL écrit : « La paralysie générale se montre plus fréquemment qu'on ne le pense chez les *mélancoliques* qui, loin d'avoir des idées gaies, de se croire rois, riches à millions, sont au con-

traire sous l'influence d'idées tristes et pensent qu'ils sont ruinés, empoisonnés etc. »

BILLOD, en 1850 : « Ces malades, pour former l'exception ne sont pas cependant très rares ; j'en ai observé des exemples à Bicêtre et à la Salpêtrière. Le plus récent et le plus saillant qui se soit offert à mon observation est celui d'un ancien capitaine d'infanterie admis à l'Asile de Saint-Gemme-sur-Loire. La paralysie générale ne pouvait pas être mieux caractérisée et cependant l'état mental avait revêtu le caractère de la *démence lypémanique* avec un penchant très prononcé au suicide qui s'est traduit deux fois par des tentatives de strangulation au moyen d'une ficelle.

» Je ne multiplierai pas les exemples de cette forme d'affection. La plupart des médecins spéciaux en comptent quelques-uns dans la pratique. Je dois dire cependant que la lypémanie est assez rare pour faire exception mais qu'elle l'est beaucoup moins chez la femme que chez l'homme ».

FALRET, dans sa thèse de 1853, parle des conceptions délirantes, *mélancoliques hypochondriaques* des paralytiques généraux, même à une époque peu avancée de la maladie, — et il insiste sur la singularité de ces conceptions et sur leur absurdité.

LANGIN, la même année, dans sa thèse d'agrégation, signale des *idées tristes* dans la paralysie générale.

TRÉLAT relate une observation d'un malade avec penchant incendiaire, facies et regard sombre, devenant paralytique général.

Mais ces articles séparés, ces observations publiées de tous côtés, sans lien, n'avaient qu'une portée scientifique médiocre. C'est BAILLARGER qui a vulgarisé ces observations de *lypémanie* dans la paralysie générale. Il s'est surtout attaché à montrer le délire *hypochondriaque* au début de la maladie.

VOISIN et BURLUREAUX traitent *de la mélancolie dans ses rapports avec la paralysie générale*, en 1880. Et depuis, les travaux ou publications se sont multipliés.



CHAPITRE II

Le délire dépressif dans la paralysie générale est moins fréquent que le délire expansif. J. BULLER a trouvé sur 100 malades 64 cas de la deuxième forme contre 13 seulement de la première et Gilbert BALLET donne sur 26 cas 14 délires expansifs exclusifs contre cinq délires dépressifs uniques et dans les sept autres cas, les deux formes alternaient.

La forme la plus fréquente, la plus commune, du délire dépressif est le délire *hypochondriaque* sur lequel BAILLARGER s'est étendu en 1857.

Ce délire peut se trouver dès le début de la maladie avant même l'apparition des symptômes physiques. Il est en général vague, peu absorbant, très mobile, malgré tout assez persistant. Les malades se plaignent des sensations douloureuses qu'ils localisent et justifient plus ou moins : douleurs d'estomac, dont il est souvent

impossible de faire préciser la forme, la durée et la nature ; (céphalalgies, soif ardente, constipation, etc.) Ces doléances même peuvent, et cela est souvent le cas, ne pas attirer l'attention, car elles ne sont pas en général grotesques, ni ridicules, elles paraissent vraisemblables, sinon réelles, et on ne peut pas songer que l'on est en présence d'un malade qui délire.

A un stade plus avancé de la maladie, à mesure que l'affaiblissement intellectuel s'accroît, ces conceptions hypochondriaques deviennent franchement absurdes et délirantes. Les malades se figurent être bouchés, que les aliments « ne peuvent plus passer ». Ils en arrivent ainsi à refuser toute nourriture. Ils ne peuvent même plus avaler, disent-ils, ni déglutir. Quelquefois même, ils n'ont plus leurs organes, « ils n'ont plus de goût, plus de poumon, ne peuvent plus uriner, ni aller à la selle ». Ils refusent de montrer la langue, « ils n'en ont plus », chez quelques-uns, cette idée les conduit même au mutisme le plus absolu.

« D'autres fois », dit MAGNAN dans ses leçons cliniques, « leurs membres sont chargés, sont plus gros ou plus petits, ils ont trois cous; ils n'ont plus de cervelle ; leur crâne est vide » ; « on l'a rempli, disait l'un, avec du vin de Bordeaux » ; « ils n'ont plus de nez. Quelques-uns croient sentir leurs aliments passer sous la peau ou sous leurs vêtements, ou s'échapper par une ouverture du gosier. D'autres disent avoir un ventre de violon, une langue de chrysocale, où de colle. Un malade prétend être plein d'eau et se refuse à boire disant que

son lit va être inondé, que rien ne peut plus entrer dans son ventre. Il en est qui affirment qu'ils sont en putréfaction. Quelques-uns croient pouvoir voler ; racontent que depuis la veille ils ont rapetissé ou grandi d'un mètre, qu'ils ont changé de sexe, d'autres se croient mous. Certains n'ont plus conscience d'une partie d'eux-mêmes qui leur est devenue étrangère. » Cette dernière idée délirante, ainsi que les idées de négation qu'on rencontre fréquemment encore, peuvent, il est vrai, être occasionnées dans une certaine mesure, par les troubles de sensibilité musculaire superficielle ou profonde, par les troubles de sensibilité tactile et les différentes sensations dues aux désordres de tout l'organisme. L'affaiblissement intellectuel fait naître les interprétations les plus bizarres et les plus inattendues. Le malade ne sait plus qui il est, ni d'où il est, il n'a plus rien, ni enfants, ni femme, ni parents. Il est mort. Quelques-uns même en arrivent au dédoublement de la personnalité et parlent d'eux à la troisième personne. Il n'est pas rare chez la femme qu'elle se croit enceinte ; l'absurdité se mêle vite à ce délire de grossesse qui peut être une fausse grossesse (DUPRÉ de RAGUIER, Congrès de Grenoble, 1900). Une femme se dit enceinte par l'œuvre de Dieu, d'un empereur, d'un roi quelconque, du président de la République, ou d'un animal, elle doit accoucher d'un nombre incalculable d'enfants, à moins que ce ne soit de monstres. Quelquefois aussi, elle n'est plus enceinte mais elle vient d'accoucher d'une dizaine ou d'une centaine d'enfants. Le délire de grossesse d'ailleurs n'est

pas exclusif à la femme ; on la rencontre aussi quelquefois chez l'homme.

Cet état hypochondriaque peut exister seul ; le plus souvent s'y ajoute un délire purement mélancolique qui lui-même peut venir par intermittences ou au contraire persister d'une façon continue. Dans le premier cas, le malade a des moments d'angoisse terrible, pendant lesquels il crie, pleure, gémit. « Il va mourir, il n'en a plus que pour quelques instants, ou on va le tuer », et il dicte en pleurant ses dernières volontés, si son affaiblissement intellectuel n'est pas trop marqué. Puis quelques heures après, l'angoisse est passée, le malade rassénéré, et le moribond de tout à l'heure redevient souriant et gai.

Dans le second cas, le délire mélancolique s'établit d'une façon plus continue. Le malade n'a plus seulement des crises d'angoisse, mais son angoisse, son anxiété sont continuelles ; il pleure, gémit, se lamente, crie pendant des journées entières à moins qu'il ne soit abattu, morne, triste, dans un état voisin de la stupeur, sans proférer une parole, refusant ses aliments, le masque figé, les traits fixes, la figure impassible, sans une contraction ou un mouvement des muscles de la face, sauf quelquefois un machonnement.

Aux idées hypochondriaques peuvent se joindre aussi les *idées de persécution*. Elles sont généralement mal systématisées, fugaces, absurdes, grotesques. Tel malade n'était-il pas persécuté par des barreaux de chai-

ses, par des fauteuils ou des tramways (WALLON). D'autres se figurent qu'on va les tuer, les empoisonner ou simplement leur faire du mal, mais l'affaiblissement intellectuel ne permet pas une systématisation très nette de ce délire ; ils interprètent les sensations en persécutés, mais ils ne peuvent établir un système. Le malade se plaindra qu'on l'empêche de dormir, qu'on lui donne des mauvaises odeurs, qu'il entend des ennemis, qu'on veut le faire mourir, mais là se bornera son délire. Il ne dira jamais ou rarement qui veut le tuer, qui lui donne ces mauvaises odeurs et quelques minutes ou quelques heures après, si on l'interroge de nouveau, le délire pourra être tout autre tout en restant celui d'un persécuté.

Toutefois on a des observations de paralytiques généraux ayant un délire de persécution bien tenace et bien systématisé, mais ces observations ne se trouvent que dans la période de début ou encore pendant les rémissions, et MAGNAN fait remarquer que dans ce cas de délire de persécution systématisée pendant la période de rémission, le délire diminue au fur et à mesure que la paralysie générale s'aggrave. Il faut, en effet, pour systématiser un délire, un pouvoir de coordination que le paralytique général, à un stade avancé de la maladie, n'a plus à cause de son affaiblissement intellectuel.

A un stade plus avancé encore dans la période paralytique alors même que le malade peut encore avoir des idées ambitieuses, il n'a plus d'idées hypochondriaques ou d'idées de persécution parce que ces idées exigent

une interprétation et que le paralytique dans la dernière période est trop affaibli intellectuellement pour interpréter.

Ainsi donc au début de la maladie, on rencontre des paralytiques avec des idées hypochondriaques ou de persécution. Le délire peut même être assez bien systématisé, assez tenace, pour que la confusion puisse se faire entre ces malades et les malades purement vésaniques, mais à mesure que s'établit l'encéphalite et que, par conséquent, l'affaiblissement intellectuel augmente, le délire devient instable, fugace en même temps qu'absurde et grotesque et plus tard encore dans la période paralytique et terminale, le malade ne pouvant même plus interpréter, le délire hypochondriaque et le délire de persécution ne se rencontreront jamais.

CHAPITRE III

Il existe en outre dans la paralysie générale une forme de délire *mélancolique pur* d'autant plus intéressant que dans certaines périodes de la maladie, quand l'affaiblissement intellectuel est encore peu marqué, que les signes physiques ne sont pas encore apparus, il peut y avoir confusion avec une mélancolie purement vésanique, et les exemples sont fréquents de paralysie générale méconnue dans la période prodromique et même dans le début de la période d'état, lorsque le délire affecte une forme lypémanique.

Chez le malade en effet qui délire, mais dont les lésions cérébrales ne sont pas encore très développées qui par conséquent n'a pas encore un affaiblissement intellectuel très marqué, la mélancolie aura beaucoup de points communs avec celle des vésaniques : paralytiques et vésaniques ont à peu près la même interprétation des sensations, la même forme d'angoisses et souvent le diagnostic se fait rétrospectivement. Il faut

même en général pour qu'il soit fait, que le délire devienne absurde, incohérent, grotesque. Tout comme dans la forme expansive, il faut souvent que le malade ait fait des actes déraisonnables et anormaux, qu'il énonce ses idées ambitieuses et absurdes, pour que l'on arrive à songer que son expansibilité et sa suractivité, sont dues à la paralysie générale.

L'intérêt serait pourtant énorme de dépister dès le début une maladie d'une gravité comme la paralysie générale. Il est entendu que, même à un stade peu avancé, le traitement de la syphilis serait probablement inefficace, car l'encéphalite est déjà commencée et, dès lors, il y a bien peu de chance de l'enrayer ; mais, ne fût-ce qu'au point de vue du pronostic, pouvoir affirmer que tel malade qui délire n'est pas un vésanique, que son état pourra s'améliorer, mais jamais guérir, qu'il peut y avoir des rémissions plus ou moins longues, mais jamais définitives et que l'évolution se fera plus ou moins vite, mais que le résultat est fatal dans un espace de temps variant généralement entre trois et huit ans, n'est-ce pas déjà d'un intérêt considérable ? Et qui sait ? n'a-t-on pas décrit quelques rémissions totales ? Si l'on prend le malade avant même que son délire soit bien établi, c'est-à-dire avant même que la périencéphalite soit complètement constituée, le traitement de la syphilis tertiaire sera-t-il complètement inefficace ? On a obtenu ainsi quelques résultats heureux dans le traitement du tabès quand il était appliqué de très bonne heure. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour la pa-

ralysie générale, sa sœur quant à l'étiologie, cette autre maladie parasymphilitique de Fournier.

LEBRET nous dit d'ailleurs dans sa thèse que les syphilitiques évitent la paralysie générale, s'ils s'astreignent à un traitement spécifique régulier ; que la plupart des psychoses des syphilitiques sont curables. Elles sont améliorées considérablement par le traitement mercuriel ou mixte, qui neutralise la toxine perturbatrice. Elles sont ensuite complètement guéries sous l'influence de thérapeutiques spéciales, sensiblement semblables aux affections mentales d'un autre ordre.

De plus il est d'un intérêt primordial pour la société que le paralytique soit reconnu dès les premiers symptômes de la maladie, car il sera d'autant plus nuisible qu'il paraîtra plus raisonnable et ses excentricités, qui sont, somme toute, du délire, peuvent être d'un grand préjudice à son entourage. En dehors de la ruine à laquelle il peut mener sa famille par des combinaisons plus ou moins hasardeuses et déraisonnables, en dehors de la honte qu'il peut jeter sur elle, par son absence de sens moral, il peut, s'il jouit d'une autorité quelconque, semer la ruine sur ceux qu'il domine. L'exemple est encore tout récent de tel préfet d'un département du midi, qui avait révoqué nombre de petits fonctionnaires, sans motif justifiant une pareille sévérité, avant qu'il ne fût enfermé dans un asile, atteint de paralysie générale avec idées de persécution.

Et d'abord, le diagnostic de la paralysie générale avant l'apparition des symptômes classiques physiques,

avant l'éclosion du délire, est-il impossible ? Il est exceptionnel que le délire lypémaniaque comme le délire expansif débute sans prodromes. Ces prodromes passent souvent inaperçus, l'attention n'est pas attirée sur eux, et en tout cas, ils n'apparaissent pas comme du délire. On mettra sur le compte d'un chagrin, d'une contrariété, de souci des affaires, le changement de caractère du malade et on expliquera ainsi sa tristesse, ses « idées noires » ou sa « neurasthénie », mais, derrière ces idées noires, et cette neurasthénie, il serait souvent facile si on les cherchait, de déceler les premiers symptômes de la *mélancolie paralytique*.

RAYMOND dans le *Journal des Praticiens* du 5 décembre 1908, prétend qu'on peut reconnaître la paralysie générale dix, quinze ou vingt ans avant son début réel. Notre expérience personnelle ne nous permet pas une telle affirmation, mais il est évident que, à quelque stade qu'il en soit de l'infection, le candidat à la paralysie générale est anormal, et il l'est dès le début de sa maladie ; d'autre part, il est peut-être dangereux d'affirmer *à priori* et d'une façon définitive sur une excitation, ou sur une dépression anormales chez un syphilitique, que l'on est en présence d'un début de paralysie générale ; mais si seulement on pense que cette excitation ou cette dépression peuvent être le début de la maladie, si en outre, elles amènent par leur forme, à donner de fortes présomptions, on pourra, par le traitement syphilitique peut-être, enrayer encore le mal, comme cela a été décrit pour certaines formes du tabes, ou tout au moins en retarder l'éclosion.

Il est difficile au point de vue physique de fixer le moment où commence la période prodrômique de la paralysie générale, il nous paraît logique de la faire remonter au jour où la syphilis est contractée. Il est souvent aussi difficile de fixer le moment où commence le délire, car il suit la marche de l'infection. Le caractère change avec elle peu à peu, progressivement, tellement progressivement que les gens qui vivent autour du malade ne s'en aperçoivent d'abord pas. Ils le voient au bout d'un certain temps en se rappelant des faits anciens, et comme les occupations du malade ont changé, — peut-être et souvent même à cause de sa maladie — on mettra le changement de caractère sur le compte du changement de ses occupations.

D'autres fois, on dira que c'est un malheur, parfois même insignifiant dont il s'est « frappé » ; on cherchera une interprétation, une cause, mais comme le malade est encore cohérent, seulement un peu triste, irascible, facilement désespéré avec des moments d'apathie, d'abattement ou d'absence, personne, au moins dans le milieu qui l'entoure, ne pensera à du délire, quoique pour le médecin, ce début même soit bien symptomatique. Il n'y a pas encore à proprement parler délire, car le malade lui-même donnera de son état une cause physique ou morale qui paraîtra raisonnable : fatigue, chagrin, surmenage ; mais ce changement de caractère, ces crises d'abattement, en général d'ailleurs très courtes à cette période, les moments d'apathie pendant lesquels le malade a toutes les peines du monde à coordonner

ses idées, à faire acte de volonté, les absences pendant lesquelles il semble omnubilé, perdu dans l'espace et dans le temps et n'a plus le souvenir des événements les plus proches ; la diminution de la mémoire qui vient par saccades, sont autant de présomptions en faveur d'une paralysie générale commençant surtout si l'on se sait en présence d'un syphilitique. Quelquefois on aura chez ces malades des crises d'angoisse qui durent une heure ou même moins, mais pendant lesquels ils sont affolés, se figurent sans motif, sans qu'ils éprouvent aucune souffrance qu'ils vont mourir, croient qu'il va leur arriver un grand malheur, qu'ils vont perdre leur femme, leurs enfants, qu'ils vont être ruinés, etc. et quelque temps après, ils reprennent les occupations sans plus penser à quoi que ce soit. Ces crises d'apathie, d'abattement ou d'angoisse, ces absences, sont toujours fugaces mais se rapprochent de plus en plus, souvent ces moments sont suivis de phobies inexplicables : tel malade n'osera plus descendre un escalier, sans raison valable ou sous un prétexte d'apparence futile, tel autre n'osera plus voyager en automobile, en chemin de fer, monter à cheval ou à bicyclette ; quand le malade arrive à ce stade, il n'est pas d'ailleurs loin du vrai délire.

Une chose frappe dès maintenant ; c'est le manque d'émotivité. Nous retrouverons ce détail à chaque stade de la maladie, est il est le plus constant des symptômes en même temps que le plus précoce. L'entourage sera frappé de très bonne heure, avant même que le malade ne soit considéré comme tel, alors qu'il vaque à

ses affaires, s'occupe de son commerce, de son bureau, de sa profession, sera frappé de son absence de sens moral progressif, surtout marqué dans ses moments d'omnubilation intellectuelle, où il laisserait commettre le plus grand crime sous ses yeux sans avoir la moindre réaction. Il se détache, même en dehors des accès maladifs, de sa famille, et devient de plus en plus indifférent à ce qui l'entoure, si parfois il a des moments d'expansion ou d'émotion, c'est de l'expansion malade, qui ressemble plus à une crise qu'à de l'émotion vraie.

Et ce manque d'affectivité, d'émotion, sera un des meilleurs symptômes de diagnostic dans cette période prodromique. Il suit le changement de caractère ; comme lui, il ne vient pas tout à coup mais progressivement, lentement, avec des phases où il apparaît plus net, pour redevenir ensuite moins apparent, mais persistant malgré tout. Ces phases de dépression sont intermittentes et lorsqu'elles sont passées, le malade peut reprendre son aspect normal. Il continue de vaquer à ses affaires avec un calme apparent, quelquefois sans dépression ni excitation. Au fur et à mesure que la maladie avance, ces moments de dépression ou d'angoisse augmentent en durée et en nombre et chaque fois que le malade sort d'une de ces crises, son caractère se trouve modifié d'une façon plus profonde.

D'autre fois, à cette *mélancolie* s'ajoute une suractivité anormale. Le malade a besoin d'agir, de remuer, de s'occuper, puis par instants cette suractivité est remplacée par des moments de dépression touchant à la stû-

peur, où il est incapable d'agir, de vouloir et même probablement de penser.

Chez quelques-uns, à ces moments de dépression, ou d'angoisse succèdent au contraire une phase d'agitation presque maniaque, où le malade est joyeux, gai, entreprenant, heureux de vivre, c'est une forme circulaire de délire.

Nous extrayons en effet des *Archives Névrologiques* de 1892 cette analyse d'un article de ROTTEMBILER.

« Première étude : manie avec idées de grandeur bizarres et phénomènes peu accentués appartenant au syndrome paralytique. Puis stade dépressif avec angoisse, auto-accusations ressemblant plutôt à une mélancolie simple. Puis, chacune de ces phases devient irrégulière, la démence paraît progressive, chaque accès laissant après lui des lacunes intellectuelles. Il y eut bientôt après la seconde phase, une rémission qui fut suivie du tableau morbide de la paralysie générale. Ici aussi, comme d'ordinaire, dans les cas de ce genre, élément héréditaire ». (P. K.)

Nous trouvons une autre analyse d'observation de paralytique à *forme circulaire* extraite d'une observation du *Neurologische Centralblatt* (23) par FRAENCKEL. Le malade fut observé pendant cinq ans et demi et présentait tour à tour des phases d'excitation et d'angoisse avec des idées d'empoisonnement, chacune de ces phases était, au début, de plusieurs mois entrecoupées de période de santé apparente, variant entre quatre semaines et six mois.

Ces malades sont quelquefois difficiles à différencier des *alcooliques chroniques* d'autant plus que beaucoup de paralytiques sont alcooliques. La difficulté est d'autant plus grande que l'on pourra rencontrer quelques symptômes physiques communs, abolition des réflexes, inégalité pupillaire, achoppement de la parole, ataxie des mains, tremblement de l'écriture, masque de la figure figé, et c'est sans doute pour cela que l'on a donné à ces délires et à ceux d'origine saturnine le nom de pseudo-paralysies générales toxiques. Chez l'alcoolique aussi, l'hébètement, s'établit progressivement et quelquefois assez lentement, mais l'alcoolique qui est, lui aussi, à la période prodromique, n'a pas la même indifférence et son hébètement ne revêt pas le même caractère : en général, il est victime d'hallucinations stupéifiantes qui lui donnent un aspect mi-terrifié, mi-abruti, son abrutissement est continu parce qu'il est sous l'impression de l'alcool, sans intermittences d'excitation et de dépression, et il disparaît avec quelques jours de privation d'alcool.

Avec la *mélancolie essentielle* le diagnostic se fera plus facilement, surtout si l'on peut s'aider de quelques signes physiques, mais en l'absence même de ces signes physiques, on tiendra compte de la modalité du début, car en général la mélancolie essentielle s'installe rapidement et la paralysie générale lentement ; de l'âge du sujet, car si la mélancolie vésanique peut survenir à tout âge, elle s'installe plus généralement à la

puberté et à l'entrée de la vieillesse ; on éliminera ainsi les mélancolies préséniles et juvéniles. De plus, chez le paralytique, l'idée obsédante est rare, quelquefois seulement, on la trouve dès les débuts, mais alors en est en présence d'un dégénéré (MAGNAN). Là encore, le manque d'expression du visage et surtout le manque d'émotivité seront un grand appoint en faveur de la paralysie. Le mélancolique vésanique pleure, gémit, s'inquiète de sa famille, quelquefois même de ce qui l'entoure, a des pressentiments, croit que de grands malheurs vont tomber sur lui ; il pense, vit, s'inquiète, coordonne ses inquiétudes ; il peut s'absorber dans sa pensée, il peut arriver, lui aussi, au mutisme le plus absolu, mais ce n'est pas par manque d'idéation comme le paralytique général, mais par réaction angoissée, par concentration intérieure de cette idéation. Quelques-uns, dira-t-on, restent indifférents à ce qui les entoure, et ceci frappe surtout chez les femmes qui, habituellement soigneuses et jalouses de leur intérieur, deviennent absolument désintéressées de sa tenue, de ce qui se passe autour d'elles et des membres de leur famille ; malgré tout, ces malades n'ont pas l'aspect stéréotypé du paralytique, ils n'ont pas dans leur indifférence ce masque d'hébétude, ce manque d'expression qui indiquent un manque de compréhension et de vie mentale.

La paralysie générale au début, peut être aussi prise pour la neurasthénie (G. BALLEZ), surtout si à la forme dépressive que nous venons d'envisager s'ajoute un état douloureux. On recherchera les signes physiques, iné-

galité pupillaire, signe d'Argyll-Robertson, troubles de la parole, de l'écriture, de la marche, modification des réflexes rotuliens. En leur absence, on essaiera de découvrir quelque ébauche de conceptions délirantes, un affaiblissement de la mémoire portant surtout sur les faits de date récente ; on recherchera surtout si, à un degré quelconque, si faible qu'il soit, on ne trouve pas un affaiblissement de l'intelligence, un ralentissement de la pensée et des conceptions.

On recherchera encore s'il ne s'est pas produit d'actes anormaux : il faut savoir que ces actes sont souvent considérés comme l'agent causal de la *neurasthénie*, alors qu'ils ne sont en réalité que les symptômes du début de la paralysie générale (Spéculations inconsidérées ou absurdes, excès de toutes sortes). On tiendra compte de l'âge du sujet, car normalement la *neurasthénie* est une maladie de jeunesse et la paralysie de l'âge adulte ; et si on ne trouve pas de causes expliquant rationnellement l'éclosion de la *neurasthénie* chez un malade de 20 à 50 ans, on pensera à la paralysie générale (28) et l'on y pensera d'autant plus que l'on se saura en présence d'un syphilitique. Je sais bien que LEBRET (25) après FOURNIER (27) dit que la *neurasthénie* observée chez un ancien syphilitique, peut simuler la dépression ou l'excitation de certaines formes du début de paralysie générale, mais à cela, répond GILBERT BALLET (26) : « Vous avez sans doute lu l'intéressante leçon que M. le Professeur Fournier a consacrée à la *neurasthénie* spécifique. Eh bien, à cette lecture, je

n'ai pu me défendre de penser que quelques-uns des malades que cet éminent maître a si bien observés et décrits, pourraient bien n'être que des paralytiques généraux en puissance, ou, pour parler plus juste, à la période prodromique de la maladie » et Gilbert Ballet attire ensuite l'attention sur la différence des symptômes entre la neurasthénie essentielle et la neurasthénie « préparalytique ». Dans le dernier cas il trouve : 1° manque du casque, de la rachialgie, de la plaque sacrée ; 2° multiplicité des douleurs, mobilité de leur siège d'un jour à l'autre, description imagée de ces douleurs par les malades ; 3° modifications brusques dans l'état du sujet, qui font que les douleurs des paralytiques sont plutôt psychiques que somatiques. Enfin dans la paralysie générale, les symptômes, loin de s'amender, ne font que s'aggraver.

Il n'y a pas de diagnostic différentiel à faire entre la paralysie générale débutante et *l'hystérie*. *L'hystérie en effet peut-être greffée sur une autre maladie* (tabès, goitre exophtalmique, etc) ; elle peut être concomitante avec le début de la paralysie générale. La difficulté consiste donc à déceler la paralysie générale à travers le masque de l'hystérie. Il faudra comme dans les autres cas, rechercher la bizarrerie de l'humeur et du caractère, les anomalies, les premiers symptômes d'affaiblissement intellectuel, le manque d'émotivité, la diminution de la mémoire et du sens moral, guetter les moments d'omnubilité intellectuelle et rechercher les premières ébauches des symptômes physiques.

Enfin, dans tous les cas douteux, on pratiquera une ponction lombaire qui révélera ou non une lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

..

Et maintenant, quels sont les rapports qui unissent la paralysie générale à cet état mélancolique de la période du début ? La mélancolie est-elle toujours la résultante de la maladie ? Ne peut-il y avoir, chez des candidats à la paralysie générale, de la mélancolie ou de la neurasthénie indépendante de l'invasion de l'affection ? Chez tel malade, par exemple, qui est atteint d'un délire mélancolique deux ou plusieurs années avant l'apparition réelle de la paralysie générale, mélancolie dont les symptômes et l'évolution sont semblables à ceux des vésaniques, à tel point que le diagnostic de paralysie générale n'a pas été porté même par des médecins aliénistes, doit-on remettre *a posteriori* ce délire sur le compte de la paralysie générale, ou au contraire le regarder comme un délire vésanique indépendant ? Nous avons eu sous les yeux une malade dans ce cas, Mme Vèneri ; nous ne l'avons connue qu'à sa rentrée à l'asile, c'est-à-dire après l'apparition du premier accès mélancolique et la paralysie générale était dans la période d'état.

Voir d'ailleurs son observation :

1^{er} séjour. (oct. 1904).

Mme Vèneri présente : Délire de persécution, s'imagine que tout le monde lui en veut, pleure, parle du mal qu'on lui fait, se

dispose à se suicider pour éviter les dangers dont elle se croit menacée. Refuse de s'alimenter.

Les troubles se sont aggravés depuis six mois. Depuis « très longtemps » elle parlait beaucoup et seule, la nuit. Le fond du discours reposait toujours sur des idées de persécution : on lui en voulait, tout le monde la regardait, elle se croyait sans argent et se privait même de nourriture. Voyait des rats chez elle, s'en plaignait aux voisins.

Cauchemars la nuit, cris.

2 mois avant son entrée s'enfuit avec l'intention de se pendre mais ne fit aucune tentative.

Craint d'être empoisonnée.

Mange peu, dort peu.

A eu une fièvre typhoïde avant son mariage.

Son mari est mort à l'asile en août 1903, de « neurasthénie », (s'agissait-il de paralysie générale ?)

Deux enfants.

Avortement il y 22 ans.

Le certificat de 24 heures mentionne qu'à son entrée, Mme Vèneri se plaint de se sentir déprimée ; s'étend largement sur tous les chagrins qu'elle a eus, sur les pertes d'argent qu'elle a faites ; dit sentir qu'elle a besoin de soins.

Le certificat de quinzaine étiquette son affection : « mélancolie ».

Elle sort le 10 juin 1906.

2^e séjour. (sept. 1908).

Mme Vèneri est réintégrée parce qu'elle présente des bizarreries de caractère et fait des réponses sans rapport avec la question. Se livre à des actions absurdes (va chercher dans sa chambre une pelle à ordures, démonte complètement son lit à 5 h. du matin, installe à la place deux lits de poupées, déménage tous les tiroirs d'une commode, vide une armoire à glace et

éparpille tout dans la chambre). Parle sans cesse ; discours incohérent avec tendance aux idées de richesse ou de grandeur (mariage de sa fille, noces, festins, gâteaux, huîtres, vin blanc, communion, messe, etc.)

A son entrée présente de l'excitation maniaque avec des idées de grandeur et de richesse.

Le certificat de quinzaine la catalogue *paralysie générale* avec affaiblissement intellectuel marqué, idées de grandeur, excitation maniaque, propos incohérents, actes désordonnés, embarras de la parole, tremblement de la langue, inégalité pupillaire.

Se croit Jeanne la Folle, reine de France. Possède l'asile.

Janvier 1909. — Sait où elle est et se souvient de son précédent séjour. Déclare qu'elle avait les facultés « serrées, ligaturées, rouillées » et croyait qu'elle allait mourrir, Sourit et rit sans motif et de façon niaise.

Vague euphorie.

Ne sait plus pourquoi elle est ici. « C'est sans doute parce qu'on a eu peur que je recommence à me promener. »

Distraite. Ne suit pas la conversation. S'égare dans des histoires sans rapport avec les questions et ayant trait à des faits de famille.

Idées de richesse : son mari était bon et lui a laissé une importante fortune. Sa mère est d'autre part très riche, elle vient encore d'hériter. Elle possède des immeubles pour 4 ou 5.000 fr., une cité de onze maisons, Veut toujours rester rentière avec une bonne, un domestique, une petite voiture anglaise et un petit cheval, irait volontiers en amazone.

Idées de satisfaction corporelle : « Je sais que je reprends ; mes bras sont bien » ; ça, c'est une belle jaquette à monsieur Vénéri et mes boutons de mariage de ma robe de soie ». « J'ai tant de belles choses ! J'ai un beau mobilier ». « Je mourrai en riant jusqu'à cent ans ». Elle se fera faire un petit chalet », etc., etc.

Pas d'idées ambitieuses ni de grandeurs proprement dites. Pas d'idées de persécution, hypochondriaques, de suicide. Ne semble pas avoir d'hallucinations.

Dort et mange bien. Travaille moins bien qu'autrefois.

Affaiblissement intellectuel : Ne sait plus multiplier 8 par 7 ; donne 19 comme total de 12 et 9.

Très peu de troubles de la parole. Ne peut prononcer le mot « anticonstitutionnellement », et rit de ne pouvoir le faire, mais en général peu de chose tant dans le discours que dans les mots d'épreuve ou la lecture. Quelque bredouillement (dents défectueuses).

Incapable de résumer une historiette de 5 lignes qu'on vient de lui lire. N'en sait même plus le sujet et en invente une fantaisiste.

Inégalité pupillaire en myosis ($D < G$). Signe d'Argyll.

Absence de réflexes tendineux aux membres sup. et infér.

Pas de signes de Romberg.

Pas de douleurs fulgurantes accusées.

Conclusions : Paralysie générale tabétiforme.

Juin-Juillet 1910. — Petites crises convulsives généralisées, suivies de coma pendant 4 ou cinq jours et dans la suite de confusion mentale extrême avec aspect de démence complète. Absence absolue de tous réflexes tendineux.

Affaiblissement intellectuel rapide depuis environ un an.

Gâtisme.

Eh bien, nous considérons cette malade comme une paralytique chez qui la période prodromique a été méconnue. Son accès mélancolique d'autrefois ne sera pour nous que la conséquence de la paralysie déjà établie. La mélancolie, en effet, n'est pas une maladie mentale, elle n'est qu'un symptôme, ou pour mieux dire, un

syndrome. Cet état est la conséquence d'un mauvais fonctionnement de l'organisme chez des sujets atteints plus ou moins d'une hérédité nerveuse ; c'est ainsi que l'on a considéré comme cause étiologique la puberté et la ménopause, la cachexie des tuberculeux et des cancéreux, les auto-intoxications des épathiques et des rénaux ; la débilité de l'organisme occasionné par des maladies nerveuses (Goitre exophtalmique, tabès, chorée), et par les chagrins ou traumatismes moraux. Pourquoi la paralysie générale, en tant que maladie infectieuse ne donnerait-elle pas de ces accès lypémaniques avant même l'apparition des symptômes physiques ?

CHAPITRE IV

La stupeur de la période paralytique, son hébètement, son mutisme, ses angoisses, ses attaques convulsives, ne prêtent pas lieu à discussion de diagnostic. Le malade est dans le marasme, amorphe, sans réaction ni physique ni morale, et les signes somatiques ne font jamais défaut.

Autrement intéressante est la PÉRIODE d'ÉTAT, surtout au début. Les malades que nous avons vus et décrits dans le chapitre précédent se rencontrent en clientèle. Ceux que nous allons voir s'observent dans les asiles.

Le début de cette période est quelquefois la suite normale de la première, sans qu'il y ait solution de continuité entre les deux états, le second étant la résultante et l'aggravation du premier. D'autres fois il y a brusque changement, soit qu'il y ait un ictus avec attaques épileptiformes, soit que l'état mélancolique revête subitement une forme aiguë.

Mais dans tous les cas le délire mélancolique n'a plus le même aspect que dans la période prodromique, car il est définitivement installé et continu. Il pourra revêtir tous les aspects de la mélancolie, depuis la simple inquiétude jusqu'à l'anxiété des gémisseurs.

Sous l'aspect mélancolique simple, la paralysie générale est plus facile à démasquer même en l'absence de signes physiques. Le malade n'a, en effet, aucune réticence, il parle, et on voit facilement son affaiblissement intellectuel. Ses appréhensions sont en général instables, même quand le délire est continu ; ses auto-accusations, ses plaintes, auront un caractère polymorphe bien caractéristique, et seront en général absurdes et niaises. S'ils sont à l'asile, ils demanderont leur sortie en récriminant, mais telle réclamation commencée sur un ton larmoyant se terminera par un éclat de rire ; et malgré tout ils sont en général satisfaits ; demandez à l'un deux : « Etes-vous content ? », il vous répondra ; « Oui. », même s'il vient de récriminer ou d'exposer en pleurant ses appréhensions ou ses ennuis.

Une autre forme, plus fréquente et qui ressemble plus à celle des vésaniques, est la forme *mélancolique avec stupeur*. Le malade reste des heures entières debout ou assis dans un coin, sans proférer une parole, sans remuer ; l'aspect de son visage est complètement figé, la pensée semble absente. Si on l'interroge, on a toutes les peines du monde à le faire répondre, quelquefois même cela est impossible. Ces sortes de malades ont souvent des idées de négation : ils n'ont plus de langue,

plus de bouche, plus de ventre ; généralement ils refusent de manger. On a considéré longtemps ces idées de négation absurdes comme un symptôme exclusif de paralysie générale, mais cela n'est pas plus vrai pour les idées de négation que ce ne l'est pour la mégalomanie ; on les retrouve dans certaines formes de délire dépressif, comme on retrouve les idées mégalomaniaques dans d'autres psychoses démentielles.

Mais en dehors des signes physiques qui font rarement défaut à ce stade de la maladie, on différenciera assez facilement le mélancolique paralytique du mélancolique vésanique. D'abord à l'aspect du visage, qui est figé, immuable, généralement avec des tremblements fibrillaires du menton et des lèvres, quelquefois du machonnement. Cette impassibilité du visage qui est atone, sans aucune expression, ne se rencontre pas dans la mélancolie vésanique avec stupeur de quelque origine qu'elle soit. Baillarger parle ainsi : « Les malades ont la figure triste mais en même temps un peu étonnée ; leurs traits ne sont pas contractés, leur regard est incertain. Rien n'indique chez eux la contention douloureuse de l'intelligence ; ils semblent au contraire dans un état tout pensif. Ces aliénés répondent lentement et brièvement aux questions qu'on leur fait ; ils cherchent ce qu'ils ont à dire ; il n'y a point chez eux de silence obstiné. S'ils ne parlent pas, ce n'est point par suite d'un projet arrêté ou de la fixité d'une idée qui absorbe leur attention, c'est par une sorte d'apathie, de paresse, d'embarras intellectuel ».

Chez le vésanique au contraire, au moins dans la mélancolie essentielle, le mutisme et l'immobilité sont le résultat d'une profonde tristesse intérieure, d'une peine obsédante. Esquirol en parle ainsi : « La sensibilité, concentrée sur un objet, semble avoir abandonné tous les organes : le corps est impassible à toute impression tandis que l'esprit ne s'exerce plus que sur un sujet unique, qui absorbe toute l'attention et suspend l'exercice de toutes les fonctions intellectuelles. L'immobilité du corps, la fixité des traits de la face, le silence obstiné, trahissent la contention douloureuse de l'intelligence et des affections. Ce n'est pas une douleur qui s'agite, qui se plaint, qui crie; qui pleure, c'est une douleur qui se tait, qui n'a plus de larmes, qui est impassible ». Le mutisme n'est pas le même. Celui du paralytique est une paresse mentale, un manque de vie; perdu dans l'espace et dans le temps, obnubilé intellectuellement, indifférent à tout ce qui l'entoure, il se tait. Le mélancolique vrai parle par saccades, par mots entrecoupés, en gémissant, en pleurant, il s'accuse, à des appréhensions; s'ennuie, coordonne son délire.

Les mélancoliques vésaniques ne comprennent pas exclusivement les malades atteints de mélancolie essentielle. Nous avons aussi la stupeur des *déments précoces*, chez qui l'immobilité, le mutisme et le négativisme sont fréquents. Le mutisme du dément précoce est absolu : il ne parle pas, il paraît non seulement indifférent à ce qui l'entoure, mais aussi insensible, il reste dans des positions anormales, les mains pendan-

tes, cyanosées. la bouche salivante ; il a quelquefois des attitudes catatoniques. Son visage est indifférent mais non figé, il se désintéresse de ce qui se passe autour de lui mais sans regarder, à l'inverse du paralytique stupéfié qui regarde sans voir. De plus cette forme de démence précoce se rencontre le plus souvent chez des sujets jeunes et s'installe rarement d'emblée.

Il faut aussi différencier le paralytique dans la stupeur, surtout chez les femmes de quarante à cinquante ans, d'une *mélancolie présénile* qui peut être le prélude de la démence sénile. L'affaiblissement intellectuel que l'on trouve alors chez ces femmes pourrait amener la confusion. Mais, en dehors des signes physiques et de la ponction lombaire toujours praticable, on doit pouvoir les différencier. La mélancolique, en effet, même avec affaiblissement intellectuel, n'aura pas dans son mutisme, dans son immobilité, si complets qu'ils puissent être, l'aspect stupéfié d'une paralytique. Elle n'aura pas dans ses réponses, si elle en fait, la niaiserie de la paralytique, elle n'aura pas son manque d'émotivité, elle n'aura pas comme elle son manque d'idéation complet.

Enfin il faut reconnaître le paralytique des *pseudo-paralytiques d'origine toxique* avec confusion mentale. La difficulté est beaucoup plus grande. Les points communs sont nombreux et il faut souvent s'en remettre à la ponction lombaire et à l'évolution de la maladie. Les hallucinations terrifiantes ne sont pas, en effet, le pri-

vilège de l'alcoolique chronique, car fréquemment le paralytique est alcoolique ; le signe d'Argyll-Robertson sera d'un meilleur secours, mais il pourrait encore n'indiquer purement qu'une lésion syphilitique chez un alcoolique.

Le délire mélancolique peut aussi revêtir la forme des mélancoliques *actifs* et *gémisseurs*. Mais alors le diagnostic est facilement fait avec la mélancolie vraie. Le délire du paralytique, en effet, est niais, absurde, grotesque, et surtout polymorphe. D'autre fois, il pleure, gémit, sans qu'il soit possible de le faire parler ou de savoir ce qu'il a ; quelquefois même il répond qu'il n'a rien. Le vésanique, au contraire, pleure, mais en pleurant il articule des plaintes, il extériorise ses appréhensions, fait des gestes de désespoir. Il éprouve parfois dans la région de l'épigastre et du cœur une sensation de serrement, de contraction, d'appréhension pénible. Cette sensation est accompagnée d'une angoisse intense, avec larmes et lamentations. Le paralytique n'a jamais dans la période d'état de ces sortes d'aura.

De plus, le paralytique gémisseur ne reste pas gémisseur. Il le sera quelques jours, quelquefois un jour sur deux. Quelquefois quelques heures, pour être ensuite gai, heureux de vivre ; et le malade qui, quelques jours ou quelques heures auparavant, était ruiné, redevient riche à millions ou président de la République.

Il faut différencier ces malades de ceux présentant certaines psychoses qui accompagnent des maladies

nerveuses du genre de la paralysie agitante, de la sclérose en plaques, du tabès.

Pour la *paralysie agitante*, les signes physiques qui font rarement défaut à ce stade des deux maladies empêcheront toute confusion. Le tremblement de la *sclérose en plaques*, par contre, se rencontre quelquefois chez les syphilitiques, *a fortiori* chez les paralytiques généraux ; on ne prendra cependant pas la parole saccadée du sclérotique pour l'achoppement du paralytique ; en dehors des signes physiques de ces deux affections, nous retrouverons dans les psychoses accompagnant la paralysie agitante ou la sclérose en plaques de l'affaiblissement et de l'obnubilation intellectuels et une diminution notable de la mémoire. Mais le parkinsonien et le sclérotique reconnaissent leurs infirmiers, les gens qui les entourent, leur famille, le milieu où ils sont ; l'affaiblissement intellectuel est moins complet et moins profond.

Avec le *tabès*, la confusion est plus fréquente. Les signes physiques ont beaucoup de ressemblance. L'abolition des réflexes est totale et précoce chez le tabétique, mais on a des exemples de paralysie générale débutant par le tabès. La simultanéité des deux maladies étant possible, il ne faut pas cependant méconnaître pour cela le délire purement tabétique. Lui aussi, le tabétique peut avoir des phases d'angoisses terribles, plus ou moins raisonnables, qui donnent parfois l'impression d'une démence symptomatique. Lui aussi peut avoir des idées de ruine, des auto-ac-

cusations, du négativisme. Lui aussi peut être dans son délire variable quant à la forme et quant au fond, son polymorphisme ressemblant étrangement à celui du délire paralytique. Mais chez le tabétique s'il y a affaiblissement intellectuel, ce qui n'est pas impossible, cet affaiblissement s'installe d'une façon plus lente ; la mémoire diminue, mais malgré tout le malade garde le souvenir de la veille, reconnaît ce qui l'entoure, garde le souci de ses affaires et de la santé des siens, du milieu dans lequel il vit. Ses appréhensions sont plus ou moins raisonnables ; si le délire affecte une forme neurasthénique, il s'y joint souvent de l'hystérie qui rend ses douleurs beaucoup plus subjectives que somatiques, mais elles sont plus localisées, il y a parfois des angoisses injustifiées, non motivées, même par le malade ; mais malgré tout, dans ses crises il n'a pas l'aspect d'incompréhension du paralytique. Sa figure reste vivante ; si son attention est quelquefois difficile à fixer, il n'en reste pas moins un homme qui parle et qui réagit. Il ne comprend pas parce qu'il n'écoute pas, et il n'écoute pas parce qu'il est obsédé par une idée.

Parfois le paralytique entre dans sa période d'état par un ictus. Cet ictus est généralement accompagné d'attaques épileptiformes. La confusion est quelquefois faite, au moins au début, avec *l'épilepsie*. Dans l'observation N° II nous avons vu une malade, soignée à la maternité de Rouen, qui après un ictus, eut plusieurs attaques épileptiformes et fut prise pour une épileptique.

Cette malade qui affecte encore un délire dépressif avait d'abord été maniaque avec idées ambitieuses et mégalo-maniaques: Quand elle est arrivée dans notre service, quelques jours après son entrée à l'asile, elle était dans une période de dépression. Nous fûmes convaincu que nous étions en présence d'une paralytique en dépit du diagnostic porté à l'Hospice Général de Rouen, d'abord par les signes physiques qui étaient presque au complet. Mais à l'exception de troubles moteurs, ces signes peuvent se retrouver chez les épileptiques à la suite de crises, — ils ne persistent pas, d'ailleurs. — De plus la dépression des épileptiques, si elle revêt parfois la forme de l'idiotie et de l'abrutissement, ne leur donne pas le masque du paralytique. Enfin, en dehors des idées mégalomaniaques que cette malade avait manifestées à l'Hospice (et qu'elle n'avait plus), son mutisme, le polymorphisme de ses idées délirantes, la perte de sa mémoire, sa confusion dans le temps, furent autant de symptômes qui nous parurent incompatibles avec l'épilepsie. Plus tard l'évolution de la maladie confirma le diagnostic.

Ainsi donc la paralysie générale à forme dépressive dans sa période d'état peut revêtir toutes les formes de mélancolie « essentielle » (1) ou symptomatique, mais

(1) La mélancolie essentielle tend à ne plus être admise actuellement. Même la mélancolie d'involution présénile sera bientôt rangée dans la folie maniaque dépressive.

grâce aux signes physiques on peut faire le diagnostic ;
et ces signes manquant, il est possible encore de
reconnaître le paralytique par la forme de son délire.

CHAPITRE V

L'état mélancolique de la paralysie générale est plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Il nous semble bien que cette conclusion est une suite logique du fait que l'état mélancolique est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. L'état dépressif n'est pas toujours expliqué par l'état physique du malade ; toutefois dans les observations personnelles que nous publions, nous trouvons : dans l'observation N° V une gomme déterminant une fistule recto-vaginale ; dans l'observation page 41, du tabes ; dans l'observation 2, une grossesse. Il nous paraît donc raisonnable d'admettre qu'un mauvais état physique joint aux troubles occasionnés par la paralysie elle-même, peut donner lieu à un état mélancolique.

La marche de la maladie est progressive ; cette progression peut se faire sans à-coups ou au contraire par ictus, chaque ictus diminuant d'autant le niveau intel-

lectuel du malade. Il peut y avoir des rémissions plus ou moins longues, variant généralement entre quelques mois et deux à cinq ans ; on en a même signalé de totales, mais elles sont excessivement rares, si même elles existent.

L'évolution se fait donc à peu près dans le même laps de temps que dans la forme expansive, c'est-à-dire généralement entre deux et huit ans, et souvent d'une façon plus rapide pour les hommes que pour les femmes. Toutefois il y a des exceptions à cette règle.

Pour Magnan, plus les formes de délire sont aiguës, plus la marche de la maladie est rapide. Nous trouvons une analyse de deux observations de paralytiques généraux suivis pendant vingt ans. D'autre part nous trouvons une observation de paralysie générale avec crises d'angoisse succédant à un tabes installé depuis six ans, évoluant en trois ans. L'auteur explique lui aussi la rapidité de la marche par l'acuité du délire.

La terminaison en est fatalement la mort, soit dans le marasme et le gâtisme, soit dans des attaques convulsives plus ou moins épileptiformes.

Le traitement est celui de la syphilis tertiaire. On a préconisé le traitement mercuriel intensif, au moins pour la période d'état, mais Raymond fait remarquer que quelquefois non seulement ce traitement intensif n'amène pas d'amélioration, mais au contraire il devient dangereux, d'abord parce qu'il débilite, et aussi parce que quelquefois le traitement détermine une méningo-encéphalite aiguë qui emporte rapidement le malade. Ray-

mond va même jusqu'à nier les guérisons signalées de paralysie générale en disant que dans ce cas ce sont des erreurs de diagnostic. Il convient donc, comme dans le tabes, d'essayer le traitement mercuriel pendant la période de début et d'abandonner le traitement devant les progrès de la maladie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mademoiselle B., est une artiste lyrique, née à Bordeaux en 1879. Elle entre à l'asile le 7 mars 1910, transférée de Maison-Blanche avec le diagnostic :

Paralysie générale avec idées ambitieuses, embarras de la parole, excitation par intervalles.

A son entrée, on note :

Paralysie générale avec abaissement des facultés intellectuelles, idées incohérentes de persécution et de grandeur.

Embarras de la parole, inégalité pupillaire.

A la quinzaine :

Paralysie générale avec idées incohérentes de satisfaction. Turbulence et incapacité de se diriger.

Elle entre dans notre service au mois de mai. Elle ne tient pas en place ; constamment elle arpente la cour ou la salle à grands pas réguliers.

La figure est inerte, impassible. Elle paraît se soucier fort peu de ce qui l'environne. Ne semble pas avoir d'angoisses ou d'inquiétudes, mais il est très difficile de fixer son attention et de la faire répondre aux questions. Elle ne veut pas rester assise et

ne peut pas rester en place quand on lui parle. Elle n'a d'ailleurs aucune réaction violente, mais elle ne porte aucune attention à ce qu'on lui dit. Toutefois, elle demande sa sortie et dit qu'il faut qu'elle meure qu'elle est empoisonnée par « Nicolle ».

Ses pupilles sont inégales, la gauche plus dilatée que la droite. Elle ne réagissent pas à la lumière et n'accommodent pas. Les réflexes sont normaux. La parole est lente, un peu tremblée, on trouve peu d'achoppement. Quelques tremblements fibrillaires de la langue.

En juin, passe sa vie seule dans la cour du quartier qu'elle arpente à grands pas presque automatiques. Elle répond quand on l'interroge, mais ses propos sont incohérents, des accès de pleurs succèdent sans motif apparent aux accès de rire, des accès de colère se mêlent à ceux de désespoir. Les propos sont souvent orduriers, elle a malgré tout quelques idées de grandeur. « Elle a donné des millions, c'est pour cela qu'on l'enferme, un médecin qui a un chapeau Cronstadt. Son père l'est à la fois médecin et tonnelier. D'ailleurs cette réponse la fait rire elle-même. Elle a quelques idées de persécution, c'est ainsi que le médecin de l'établissement l'empoisonne avec des oranges, que son amant l'a violée. Elle a quelques idées de négation. Elle est impuissante, elle n'est plus femme. Elle n'a pas mangé depuis sa naissance. Elle s'est fait faire une guillotine spéciale, celle de Deibler étant « du chiqué »,

Elle compte assez bien, ne sait pas où elle est ni dans quelle saison.

Janvier 1911. — Inégalité pupillaire, embarras de la parole, amaigrissement notable. Tremblements fibrillaires de la langue et du menton.

Les idées de persécution continuent, « Nicolle la fait mourir avec des parapluies empoisonnés. On l'a ensorcelée pour qu'elle fasse la noce. Propos incohérents et orduriers. Elle doit mourir parce qu'on lui a pris ses millions.

Mars 1911. -- Même état.

OBSERVATION II

Il s'agit d'une ouvrière de filature âgée de 31 ans, entrée à l'asile le 15 février 1908.

Elle venait de l'hospice général de Rouen où elle était à la maternité. Elle venait d'accoucher d'un enfant mais qui mourut au bout d'une semaine, avec des lésions syphilitiques. Son 1^{er} enfant était âgé de 14 ans. Depuis elle avait eu 7 grossesses, toutes interrompues par un avortement.

A l'hospice, elle avait eu des attaques épileptiformes qui avaient fourni le diagnostic d'épilepsie. A son entrée et à la quinzaine, on note paralysie générale avec abaissement marqué des facultés intellectuelles et idées de grandeur. Elle a une trentaine d'enfants. Elle possède des centaines de chevaux blancs et des bœufs blancs tout couverts de diamants. Sa parole est lente et embarrassée. Elle a une légère inégalité pupillaire, du tremblement de la langue, ses reflexes sont conservés.

Elle entre dans notre service au mois de juin 1908. Elle présente alors une très grande dépression. Elle parle difficilement. Ne s'occupe pas de ce qui l'entoure. A le regard vague. Sa parole est toujours traînante, ses idées de grandeur sont en partie disparues, malgré tout elle doit se marier avec le docteur X..., interne à la Maternité. Elle est accouchée de 5 enfants vivants, mais on va les tuer, parce qu'elle a de très beaux chevaux et des diamants.

Peu à peu ces idées disparaissent, la malade s'occupe. Elle répond à peu près convenablement aux questions qu'on lui pose. Elle sait où elle est, la date du mois, le mois et l'année, et son mari va la reprendre lorsqu'en mars 1907 un nouvel ictus, suivi de plusieurs autres la fait entrer dans la période démentielle.

Actuellement elle est en traitement à l'asile, complètement dans le marasme.

OBSERVATION III

Entrée le 7 février 1908.

40 ans, journalière. A fait chez elle une tentative de suicide et son médecin l'envoie à l'asile par mélancolie.

Le certificat d'entrée et celui de quinzaine mentionnent : paralysie générale avec affaiblissement des facultés intellectuelles Inégalité pupillaire reflexes paresseux à la lumière, tremblement de la langue. Hallucinations terrifiantes de la vue dues à l'alcoolisme.

Elle a de plus un très grand embarras de la parole. Il est d'ailleurs très difficile de la faire parler car elle n'a plus de langue, pas plus que d'estomac et de ventre, ni de pieds « Elle est vide » dit-elle, ou encore, elle n'a plus de cœur, plus de cerveau, son intestin est bouché.

Elle reste ainsi déprimée, inerte, mangeant à la sonde jusqu'en avril, date à laquelle elle commence à s'occuper, et aide au ménage, mais elle doit être continuellement gardée, a des mouvements maladroits.

Elle sort le 14 mai avec la mention : améliorée.

Elle rentre à l'asile en novembre 1909, est complètement affaiblie intellectuellement, poussant des cris inarticulés, impossible de comprendre une seule question et par conséquent d'y répondre. Depuis elle vit continuellement dans un coin, riant, le regard perdu dans le vague sans s'occuper de ce qui l'entoure. Elle a par moments des attaques congestives.

OBSERVATION IV

A son entrée, cette malade a 38 ans.

Elle était artiste lyrique au Havre et son certificat de 24 heures et de quinzaine notent : Paralysie générale avec abaissement

marqué des facultés intellectuelles, embarras de la parole, tremblement de la langue, inégalité pupillaire.

Juin 1910. — Cette malade est calme s'occupe du ménage, mais doit être guidée pas à pas. Elle pleure parce qu'elle a laissé sa petite fille sans lui avoir mis sa robe en or. Elle réclame avec insistance sa sortie et en se lamentant parce qu'au Havre on a besoin d'elle pour soigner ses enfants. Elle ne connaît ni la date du jour, ni le mois, sait qu'elle est en été, mais ignore complètement où elle se trouve.

Août 1910. — Continue de se lamenter, parle encore de robes en or, mais n'articule plus la raison de ses ennuis. Elle est considérablement amaigrie, mange difficilement, est complètement incohérente.

Meurt le 6 octobre, après une série d'ictus. Il nous fut impossible de faire l'autopsie.

OBSERVATION V

Cette malade entre le 29 février 1908.

C'est une journalière alcoolique âgée de 37 ans.

Dans les certificats d'entrée et de quinzaine, on note, paralysie générale avec idées de grandeur et de richesse absurdes. A plusieurs millions, doit épouser un archevêque, a des souliers en or, des meubles en or, etc., passe sa vie à chanter et à crier.

En mars 1909 : le délire change. Elle ne crie plus, ne chante plus. Elle se met dans un coin, gémit, crie, pleure sans larmes, et sans articuler le sujet de ses doléances. Elle refuse toute nourriture, ne parle plus ne travaille plus.

Elle a de l'inégalité pupillaire, le signe d'Agyll et Robertson, du myosis, du tremblement, fibrillaire des lèvres et du menton. (Impossible de lui faire tirer la langue, ou la faire parler).

Juin 1909. — La malade s'alimente seule, aide au ménage, se

plaint d'une soif ardente continuelle et de céphalalgie très intense pleure et rit à volonté. Achoppement de la parole aux mots d'épreuves, tremblement de la langue et des lèvres. Inégalité pupillaire. Signe d'Argyll et Robertson. Conservation des réflexes tendineux.

Octobre 1909. — La malade fait un ictus, reste couchée, pousse continuellement des cris inarticulés, un peu comparable au cri hydrencephalique. Ne parle plus, ne mange plus seule. Amaigrissement considérable.

Novembre 1909. — Abscès ischio rectal suivi de fistule et mort. (Pas d'autopsie).

OBSERVATION VI

La malade a 33 ans, elle est amenée de l'Hôtel-Dieu de Rouen avec le diagnostic : Délire mélancolique.

Elle n'a pas d'antécédents héréditaires indiquant une tare nerveuse. Son mari est charretier, faisait la noce, l'a abandonnée, il y a 7 ans. Son fils, gargon de café, l'a laissée lui aussi il y a 3 ans, pour aller en Amérique.

Elle n'a pas eu d'autres enfants et d'après sa sœur n'aurait jamais fait de fausses couches.

A l'âge de 20 ans, elle a eu déjà une période d'aliénation, pendant laquelle elle ne fut pas internée, mais où elle resta pendant à peu près un an « sans desserrer les dents », allant se promener à la dérive, ne travaillant plus.

La sœur remarque que son caractère a beaucoup changé depuis 2 ans, mais comme elle a eu beaucoup de malheurs conjugaux, ce doit en être la raison. Ménagère de son métier, elle ne s'occupe plus depuis six mois. Dans les derniers temps elle ne voulait plus manger et ne parlait à personne.

A l'asile on est obligé deux fois de lui ingérer les aliments par le nez, on ne peut en tirer une parole. Elle se désintéresse complètement de ce qui l'entoure. Elle a de l'inégalité pupillaire, la gauche plus grande que la droite, elle machonne continuellement, est gâteuse. Ses reflexes tendineux sont conservés. Ses reflexes pupillaires sont paresseux.

Décembre 1910. — La malade s'occupe du ménage du quartier. Son inégalité pupillaire persiste, le signe d'Argyll et Robertson est net. Tremblements fibrillaires de la langue, des lèvres et du menton. Achoppement de la parole aux mots d'épreuve. Elle répond aux questions qu'on lui pose, mais semble avoir un déficit intellectuel considérable, ne sait pas où elle est, ni dans quel mois, ni dans quelle année, ni dans quelle saison. Ne peut plus compter. A des idées de satisfaction, et surtout très indifférente au milieu qui l'entoure.

CONCLUSIONS

I. — La paralysie générale à forme mégalomaniaque, notée dès 1798, n'est classée comme entité morbide qu'en 1826, par Bayle dans son *Traité des maladies du cerveau*. La forme dépressive, observée en 1759 par Lieutaud, revue par Calmeil, Parchappe, Esquirol, n'est étudiée d'une façon définitive qu'en 1846, par Baillarger.

Depuis elle fut reprise par Cazenave, Pinel, Billod, Falret, Langin, Trelat, Voisin et Burlureaux.

II. — La forme la plus commune du délire dépressif est le délire *hypochondriaque* de Baillarger.

Ce délire assez persistant au début de la maladie, mais mobile dans sa forme, vague, est peu absorbant.

Avec l'augmentation du déficit intellectuel, le délire devient absurde, grotesque, incohérent et instable. Dans la période terminale il n'y a plus de délire parce que le malade ne peut plus interpréter.

. . .

III. — Le délire paralytique peut aussi simuler un délire *mélancolique* pur. Dès le début, cette forme se manifeste par un changement de caractère, plus ou moins passager et plus ou moins progressif mais fatal, des moments d'absence et d'immoralité en contradiction avec l'éducation et les habitudes du malade, un manque d'émotivité absolu par intervalles, la perte du sens moral et de l'affectivité, la diminution de la mémoire de faits récents.

Chez certains, ces troubles passagers sont suivis d'une période d'excitation et de suractivité intellectuelle et physique.

* * *

IV. — On différenciera ces malades des *alcooliques chroniques*, des *mélancoliques à forme essentielle*, des *neurasthéniques*, des *hystériques*.

* * *

V. — De la période prodromique, les malades passent dans la période d'états soit progressivement, soit brusquement, par un ictus ou par augmentation du délire mélancolique.

Ce délire se manifeste par une très grande incohérence et de l'absurdité due à l'affaiblissement intellectuel, son manque de fixité, son polymorphisme ; d'autrefois par un mutisme à peu près absolu, avec idées de négation.

* * *

VI. — Le diagnostic se fera à l'aide des signes physiques, grâce à l'aspect hébété du malade, à son facies figé, à son

manque d'idéation, à son affaiblissement intellectuel, à la niaiserie et au polymorphisme du délire.

On différenciera ce délire dépressif du délire de la mélancolie « essentielle », de la démence précoce, des psychoses périodiques, des pseudo-paralyses d'origine toxique, de la mélancolie présénile, de la maladie de Parkinson, du tabes, de la sclérose en plaques. Dans les formes avec ictus, on devra écarter le diagnostic d'épilepsie.

*
* *

VII. — La forme dépressive de la paralysie générale est plus fréquente chez la femme que chez l'homme et cette proportion semble due à la plus forte proportion de mélancoliques chez les femmes que chez les hommes. L'évolution, la marche de la maladie et l'anatomie pathologique sont les mêmes que dans les formes expansives. On a remarqué que la durée est d'autant moins grande que le délire est plus aigu.

*
* *

VIII. — Le traitement est celui de la syphilis, mais comme pour le tabes il faut être très prudent dans l'emploi des traitements intensifs car il a été remarqué que dans certains cas, loin de guérir par cette méthode, on augmentait la gravité de la maladie.

Vu : Le Président de Thèse :

GILBERT-BALLET

Vu : Le Doyen :

D. LANDOUZY.

Vu et permis d'Imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

1. *Esquirol*. Dictionnaire des Sciences médicales, 1814-1816.
2. *Georget*. — De la Folie, 1820.
3. *Bayle*. — Traité des maladies du cerveau, 1826.
4. *Calmeil*. — Paralytie considérée chez les aliénés, 1821.
5. *Calmeil*. — Paralytie des aliénés, 1841.
6. *Parchappe*. — Recherches sur l'Encéphale, sa structure, ses fonctions et ses maladies.
7. *Lasègue*. — De la paralytie générale progressive, 1867.
8. *Falret*. -- Recherches sur la Folie paralytique et les diverses Paralysies générales, 1853.
9. *Baillarger*. — Recherches sur les Maladies mentales, 1890.
10. *Raymond*. — Journal des Praticiens, 1908.
11. *Bonnet-Poincaré*. -- Annales médico-psychologiques, 1868.
12. *Magnan*. -- Lésions anatomiques de la Paralytie générale, 1867.
13. *Westphal*. -- Archiv. von Psychiatrie, 1868.
14. *Mendel*. -- Die Veränderungen der Hirnwunde, Neurologischer Centralblatt, 1882.
15. -- Hest riding, Asylum Reports, 1896, et Brain 1883.

16. *Rokitansky*. -- Lehrbuch der pathologischen Anatomie, 1850.
17. *Parchappe*. -- Traité de la Folie. Eléments microscopiques, 1841.
18. *Baillarger*. -- Mélancolie avec stupeur, 1846.
19. *Pinel*. -- Union médicale, 27 novembre 1849.
20. Annales médico-psychologiques, 2^e série, II, page 608.
21. Annales médico-psychologiques, 3^e série, 1885, I. page 253.
22. Un cas de paralysie générale à forme circulaire, par H. Rottenbiller. Centralblatt für Nervenheilkunde, N. F. 12, 1891. Archives de neurologie, juillet, 1892, page 72.
23. Observation de paralysie générale à forme circulaire Frœnkel : neurologisches Centralblatt, XIV, 1895, archives de neurologie, octobre, 1896, page 385.
24. Deux observations de paralysie générale suivie pendant 20 ans. Lustig : Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, tome LVII, f. 4, juin 1900, Revue neurologique, 1901, page 145, M. Trénel.
25. Paralysie générale et Psychoses dans la syphilis acquise. Georges Lelret, thèse de Paris, n° 282, 23 mai, 1906.
26. La période prodromique à forme neurasthénique dans la Paralysie générale. La semaine médicale, 1873, page 529.
27. La neurasthénie syphilitique. Gazette des Hôpitaux, 1893, nos 101 et 104.
28. Sur le diagnostic précoce de la Paralysie générale, Gross (de Heidelberg). Archives de Neurologie, 1^{er} mai, 1897, page 381.
29. Recherches sur les maladies mentales. Baillarger. Tome 1, page 667.
30. *Esquirol*. -- Maladies mentales, tome I, page 414.
31. *Magnan et Sérieux*. --- La paralysie générale, page 99.
32. *Lustig*. --- Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, tome LVII, 4 juin 1900. Revue neurologique, 1901, page 145, M. Trénel.

33. *Paul Soude.* --- Paralytic générale à marche rapide, avec crises d'angoisse. *Revue neurologique*, 30 juillet 1902, page 682.
34. Traitement mercuriel intensif dans la paralytic générale et le tabes. Congrès des sciences médicales, Lisbonne, 1906. *Revue neurologique*, 1906, page 901.

Imprimerie spéciale de la Librairie OLLIER-HENRY
26, Rue Monsieur-Leprince. — Paris.



